

5	L.Ș., f. donator, 55 ani	B(III), Rh+	A2(28), A1(36), B12(44+45), B21(49+50).	<u>A2(28), B21(49+50)</u> Cross-match (-)	0%
	T.A., b. recipient, 33 ani	B(III), Rh+	A2(28), A30+31, CW4, CW6, B18, B21(49+50)		

În 4 cazuri nefrectomia la donator a fost efectuată pe dreapta și numai într-un singur caz pe stînga. Decizia pentru nefrectomie sa luat numai după examinarea angiografiei renale și evaluarea numărului de vase, excreția, etc. Atît donatorul, cît și recipientul după operații au fost supravegheați inițial în secția de reanimare și terapie intensivă pentru circa 24 ore, apoi în Centrul Transplant Renal pînă la externare. Tratamentul intensiv efectuat la donator pînă la operație, în timpul nefrectomiei și în perioada postoperatorie au permis de a păstra funcția rinichiului restant la un bun nivel. În toate cazurile donatorii au fost externați fără diminuarea funcțională a rinichiului. Tratamentul imunosupresiv indicat recipienților a fost în toate cazurile tricomponent – Sandimmun Neoral, Imuran (Azathioprin) și Prednizolon (Methilprednizolon), în conformitate cu protocolul adoptat. În tabela 2 sunt prezentate rezultatele investigațiilor imunologice ale perechii "donator-recipient". În toate cazurile compatibilitatea imunologică a fost de 2-3 antigeni și în mod obligator "cross-match" negativ.

În 4 din 5 cazuri reluarea funcției grefonului a fost precoce și numai într-un singur caz, întârziată – peste 2 săptămîni după operație. Insuficiența funcțională a transplantului a fost provocată de o Necroză Tubulară Acută, diagnosticată clinic și prin biopsie (biopsia extrafină prin aspirație). La toți pacienții nu a fost diagnosticat nici un epizod de Rejet Acut. Tratamentul indicat a fost bine tolerat de pacienți și nu a fost întrerupt vre-un component imunosupresiv.

Concluzii

1. Folosirea rinichiului de la donator viu înrudit este o alternativă inevitabilă în tratamentul radical și reabilitarea pacienților ce suferă de Insuficiență Renală Cronică terminală.
2. Compatibilitatea perechii "donator-recipient" între rude apropiate este mai bună, de cît în alte cazuri, fapt ce atestă o funcție satisfăcătoare a rinichiului transplantat și absența Rejetelor Acute în primele 5 operații efectuate.
3. Prelevarea "planificată" a rinichiului donator viu înrudit permite de a minimaliza asocierea Necrozei Tubulare Acute și restabilirea precoce funcțională a grefonului.
4. Protocolul obligator de investigare și tratament pre- și postoperator al donatorului viu înrudit permite de a păstra la un bun nivel funcția rinichiului restant.

Bibliografia

1. McGeown M.G., Clinical Management of Renal Transplantation, Kluwer Academic Publishers, London, 1992.
2. XVI International Congress of the Transplantation Society, Book of Abstracts, Barcelona, 1996.
3. Starzl Thomas, Memoirs of a Transplant Surgeon, The Puzzle People, University of Pittsburgh Press, USA, 1993.
4. Makowka L., The handbook of transplantation management, Landes Company, USA, 1991.
5. Flye M.W., Principles of Organ Transplantation, Saunders Company, SUA, 1989.
6. Lucan Mihai, Manual de Transplant Renal, Cluj-Napoca, București, România, 1999.

SPECTRUL COMPLICAȚIILOR ACUTE ÎN EVOLUȚIA GLOMERULONEFRITELOR

L. Vlasov, B.Sasu, G.Beliciuc, S.Ostapov, V.Ruban
Secția nefrologie, SCM "Sfînta Treime" or. Chișinău,
secția nefrologie SCR or. Bălți

Summary

A review of 72 hospitalized patients with glomerulonephritis identified a significant percentage of medical emergencies (44,44%). The urgency in acute glomerulonephritis is more frequent and severe (cerebral edema, nephrotic abdominal crises). The presence of nephrotic or nephritic syndrome is of major risk in the derive of an emergency, even under corticosteroid and cytotoxic treatment.

Actualitatea

Bolile glomerulilor renali sunt etrități frecvent întâlnite în practica medicală și rămân a fi o dilemă a nefrologiei moderne, deși pe parcursul anilor au fost izolate tablouri clinice evolutive particulare, identificate perspective terapeutice.

Glomerulonefritele sunt afecțiuni inflamatorii ale glomerulilor renali, cu etiologie multiplă, de multe ori necunoscută, produse prin mecanisme predominant imune, caracterizate histopatologic prin leziuni proliferative, alterări ale membranei bazale glomerulare și prin depozite de substanțe străine și hialino-scleroză, iar clinico-biologic prin proteinurie asociată cu hematurie, edeme, hipertensiune arterială, avînd o evoluție inevitabilă spre insuficiența renală cronică. În SUA, nefropatiile glomerulare reprezintă 51% din cazuri de insuficiență renală terminală. Introdacerea biopsiei renale iterative a permis elaborarea unor clasificări ale glomerulonefritelor, care însă nu sunt nici astăzi pe deplin satisfăcătoare. Unele nefropatii glomerulare frecvent nu determină o insuficiență renală progresivă, dar sunt importante cauze de morbiditate și surse ale unor cheltuieli medicale considerabile.

Obiective

Din punct de vedere clinic persistă spectrul complicațiilor glomerulare, care încă ridică numeroase probleme de tratament și prognostic la pacienții respectivi. Urgențele medicale în cadrul evoluției unei glomerulonefrite contunuă să fie o problemă clinică alarmantă.

Metode și materiale

Ne-am propus în această lucrare un studiu al stărilor urgente medicale la un lot de 72 pacienți (43 femei și 29 bărbați) cu glomerulonefrite, vîrsta cuprinsă între 16 și 62 ani, avînd vechimea bolii variabilă de la 2 pînă la 12 ani. S-au folosit tehnici de investigații neînvazive și invazive, evaluări ale funcției renale, cardiace, probe paraclinice de laborator, inclusiv imunologice.

Rezultate și discuții

Diagnosticul de glomerulonefrită acută difuză a fost stabilit în 15,25% cazuri, de glomerulonefrită cronică în 84,75% cazuri. Hipertensiunea nefrogenă decelată la 33 pacienți (45,83%), sindromul nefrotic - la 23 pacienți (31,94%) și sindromul nefritic - la 10 pacienți (13,88%). Din numărul total de pacienți, 12 au fost examinați în spitalul regional din or. Sanct-Petersburg, în vederea efectuării biopsiei renale transcutanate și întocmirii schemei de tratament.

S-a constatat prezența glomerulonefritei cronice membrano-proliferative la 5 pacienți, glomerulonefritei cronice mezangio-proliferative - la 2, glomerulonefritei membranoase - la 2 și a celei fibroplastice - la 1 pacient.

21 de pacienți (30,55%) au beneficiat de tratament cu corticosteroizi și imunosupresoare, inclusiv puls-terapie cu prednizolon.

Evaluarea tabloului clinic al pacienților aflați în studiu a confirmat prezența urgențelor medicale în 44,44% (32 pacienți), 20 din bolnavi fiind internați în mod urgent. Din cei 11 pacienți spitalizați cu glomerulonefrită acută, complicații stringente au intervenit la 4 bolnavi - 1 pacient a suportat o criză nefrotică abdominală acută, 1 - edem cerebral, 2 pacienți - insuficiență renală acută. Din 63 bolnavi cu glomerulonefrită cronică, urgențele au prezentat o valoare de 33,33% (21 pacienți). La 14 pacienți au fost semnalizate crize hipertensive, la 3 - insuficiență renală acută, la 4 - edem pulmonar acut.

De menționat că evenimentele majore urgente au fost vizualizate la 22 de bolnavi diagnosticați cu sindrom nefrotic și nefritic și tratați cu corticosteroizi și agenți citotoxici, inclusiv 2 pacienți cu forma morfologică de glomerulonefrită membrano-proliferativă.

Bibliografie

1. Glassock R.J., Cohen A.H., Adler S.G. Primary glomerular diseases. The Kidney Brenner B.M., Rector FC Philadelphia, 1996.
2. Ursea N., Actualități în nefrologie , București, 2000.
3. Тареева И.Е.б Нefpрология, Москва, Медицина, 2000.